1878
Lane Medical Library

Klinische Beiträge zur Diagnose der chronischen Metritis.

Inaugural-Dissertation

welche mit Genehmigung

der

medicinischen Facultät hiesiger Universität

zur Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

am Mittwoch, den 29. Mai 1878, Mittags 12 Uhr

in der Aula Leopoldina

öffentlich vertheidigen wird

August Trümper.

Opponenten:

G. Beyer, Drd. med. **K. v. Ehrenwall,** Cand. med.

BRESLAU.
F. W. Jungfer's Buchdruckerei.
1878.

Ex Biblioth.
Universitatis
Frider. Guil.
Berolin.

Vend. ex
Bibl. Vni
Berolin.

Seinem hochverehrten Lehrer

Herrn

Privatdocenten Dr. Ernst Fraenkel

in Hochachtung und Dankbarkeit

sowie

Seinem hochverehrten Lehrer

Herrn

Privatdocenten Dr. Ernst Fraenkel

in Hochachtung und Dankbarkeit

Seinen lieben Eltern

in kindlicher Liebe und Ehrfurcht

gewidmet

vom Verfasser.

Seinen lieben Eltern

in kindlicher Liebe und Ehrfurcht

VORWORT.

In jüngster Zeit wurde in einer Inaugural-Dissertation[1]) die chronische Metritis vom anatomischen Gesichtspunkte aus betrachtet. In derselben wird «chronische Metritis» als ein Collectivname aufgefasst für verschiedenartige Affectionen entzündlicher und degenerativer Natur, die entweder den Uterus in seiner Totalität befallen oder woran sich nur einzelne Gewebsschichten und Abschnitte betheiligen. Dieser Sammelname wird in die einzelnen ihn constituirenden Sonderkrankheiten zerlegt und für jede derselben werden anatomische Charakteristika und Besonderheiten, soweit dies möglich, aufgestellt. Die anatomische Sonderstellung, wie sie der Verfasser einer jeden der verschiedenen unter «chronischer Metritis» zusammengefassten Affectionen einräumt, legt die Frage nahe, ob auch jeder derselben ein besonderes klinisches Bild zukomme. Falls wir diesen Gedanken näher prüfen wollen, müssen wir auf alle Schwierigkeiten gefasst sein, welche eine strenge Differenzirung von Krankheitsbildern macht, denen einerseits ein gleiches ätiologisches Moment zu Grunde liegt und deren pathologisch-anatomische Veränderungen andererseits sich nicht an die Grenzen halten, welche die normale Anatomie den einzelnen Organabschnitten setzt, sondern gewöhnlich am Uterus seiner ganzen Länge und Dicke nach sich

---

[1]) Kleineidam, Zur Anatomie der chronischen Metritis. Diss. inaugur. Breslau, 1878.

manifestiren. Scanzoni hat in seiner bekannten Monographie über die chronische Metritis anatomisch wohl die Veränderungen, die durch diese Erkrankung am Körper des Organs bedingt werden, von jenen getrennt, welche sich am Halstheil desselben vorfinden, er hat ferner die wirklich entzündlichen von den nicht entzündlichen Formen der Metritis differenzirt und Verlauf und Ausgänge klar dargestellt, aber bei der Symptomatologie liess er eine strenge Trennung der Affectionen des Körpers und Halses nicht eintreten und auch die Differentialdiagnose zwischen den blossen Schleimhaut- und zwischen den Parenchymerkrankungen des Uterus, soweit sie durch chronische Metritis bedingt sind, scheint uns nicht präcis hervorgehoben. Nach den bis jetzt existirenden Lehrbüchern und Monographien ist es wohl möglich, eine Subinvolution von einem Engoûment des Uterus zu unterscheiden, aber nicht mit Bestimmtheit z. B. einen isolirten Cervicalkatarrh von einem Körperhöhlenkatarrh der Gebärmutter und ebensowenig ist mit Sicherheit zu ersehen, welche Erscheinungen der Combination dieser beiden Affectionen eigenthümlich sein werden.

Wir stellen uns daher die Aufgabe, behufs Ergänzung dieser Lücke die Pathogenese und Symptomatologie der chronischen Metritis von neuem zu durchmustern, um zu ermitteln, ob die Aetiologie und der gesammte Symptomencomplex genügende Anhaltspunkte **für die genaue Differenzirung der chronisch-metritischen Erkrankung nicht blos des Uterus im Ganzen, sondern auch der einzelnen Organabschnitte sowie Gewebsschichten desselben** ergeben.

In **ätiologischer Beziehung** sind für die chronische Metritis zwei Reihen von Ursachen aufzustellen, von denen die einen, die prädisponirenden, ungleich wichtiger und zahlreicher sind, als die zweiten, die occasionellen. Die Prädisposition erlangt der Organismus durch den andauernden und oft lange Zeit latenten Einfluss irgend einer constitutionellen Krankheit oder Diathese. Beide kann man als allgemeine prädisponirende Ursachen für chronische Metritis ansprechen.

Unter diesen constitutionellen Krankheiten ist es, um auf das Detail näher einzugehen, besonders die Scrophulose, die, wie sie ja überhaupt eine leicht eintretende und dauerhaft entzündliche Reizung der Gewebe bedingt, so auch im Speciellen auf der Utero-vaginalschleimhaut entzündliche Zustände hervorruft, welche sich als Vulvitis, Vaginitis und Metritis chronica manifestiren. Ein Lieblingssitz scrophulöser Uterinalaffectionen ist die drüsenreiche Schleimhaut des Cervix uteri. — Eine ähnliche Rolle spielt die Syphilis. — Wir sehen dabei ab von den syphilitischen Affectionen, welche sich am Collum uteri entwickeln — wie Chancre, plaques muqueuses etc. —, uns interessirt zunächst der Einfluss der constitutionellen syphilitischen Blutdyskrasie auf den Uterus. Im Allgemeinen tendiren Frauen mit allgemeiner Lues zu chronischen Ausflüssen und Hypersecretionen der Schleimhaut des Genitaltractus, die in der Regel selbst einer combinirten localen und allgemeinen antisyphilitischen Therapie trotzen, und deren Hartnäckigkeit sich wahrscheinlich aus der allgemeinen Dyskrasie und dem kachektischen Zustande der meisten dies-

bezüglichen Individuen erklärt. Hiermit im Zusammenhange steht gewiss die eine Form der Syphilis der mütterlichen Eihäute, die Virchow zuerst als Endometritis decidualis tuberosa (syphilitica) beschrieben, und die, wenn auch nicht in allen Fällen so doch sehr häufig wirklich eine Folge der im nichtschwangeren Zustande bestanden habenden Endometritis (syphilitica) ist. — Auch die Chlorose ist von unverkennbarem Einfluss auf die Entwickelung chronischer metritischer Processe. Sie kommt besonders zur Zeit der Pubertät, seltener der Menopause zur Geltung. Am Genitaltractus äussert sie sich gern als cervicale Leucorrhoe. Doch herrscht zwischen Ursache und Wirkung hier oft ein circulus vitiosus, der in gewissen Fällen, namentlich wenn ein Leiden zu Grunde liegt, von dem sowohl Chlorose als Uterinerkrankung Begleiterscheinungen sein können, schwer zu durchbrechen ist. Das Abhängigkeitsverhältniss beider zu einander ist indess durch die Beobachtung sicher constatirt. Sobald ein Uterinleiden sich entwickelt hat, nimmt die Chlorose zu und gesellt sich Chlorose zu einer anderweitig bedingten Uterinalaffection, so wird letztere dadurch verschlimmert.

Von französischer und englischer Seite (Pidoux, Casalis, Courty, Martineau — Tyler Smith, Barnes) wird noch einer andern Constitutionsanomalie eine ätiologische Wichtigkeit für Uterinerkrankungen zuerkannt, der jedoch bei der relativen Seltenheit, mit der sie bei uns im Vergleich zu jenen Ländern vorkommt, von deutschen Autoren kaum Erwähnung gethan wird, ich meine die sogenannte arthritische Constitution, worunter in erster Reihe Gicht, in zweiter Rheumatismus, endlich Neigung zur Bildung von Concrementen aus Harn und Galle zu verstehen ist. Besonders Arthritis und Rheumatismus sollen in einem alternirenden Verhältniss zu den Uterinaffectionen stehen, in der Weise, dass mit einem rheumatischen Anfall eine sogenannte Metritis arthritica eintritt, oder eine schon bestehende sich verschlimmert oder in manchen Fällen auch sich auffallend rasch bessert. — Diese Alternanz der Erscheinungen gilt den französischen Autoren, wie Bazin, Pidoux, Courty, als etwas Charakteristisches für Metritis arthritica, einen mit Menorrhagien verbundenen

schmerzhaften Zustand des Uterus, der sich bessern soll, wenn in den Bronchien oder Lungen eine Anschoppung zu Stande kommt (?). Dem Rheumatismus uteri wird nach Dezeimeris' Vorgange von verschiedenen Seiten eine ätiologische Wirkung für die uns beschäftigende Krankheit zugestanden. Man soll ihn streng von der uterinalen Neuralgie unterscheiden und versteht unter ihm einen mehr oder weniger lebhaften, entweder auf den Uterus beschränkten oder in dessen Umgebung (Lenden, Schenkel) ausstrahlenden Schmerz, während letztere mehr auf einzelne Theile des Uterus beschränkt bleibt, periodenweise auftritt und exacerbirt und oft Metrorrhagien im Gefolge hat. Wir haben diese in französischen und englischen Lehrbüchern der Gynäkologie sich stetig wiederholende Anschauung in ihrer nationalen Besonderheit dargelegt, ohne sie dadurch zu der unseren zu machen. — Die klinische Erfahrung lehrt allerdings, dass fettleibige zu Gicht und Rheumatismus disponirte leber- oder nierenleidende Frauen häufiger an acut oder subacut entzündlichen Affectionen des Uterus und seiner Adnexa erkranken, als andere Frauen von normalerer Constitution. Das sogenannte Engoûment alias Engorgement des Uterus (im Gegensatz zu der nichtentzündlichen Subinvolutio uteri) ist meist diesen vollsäftigen, üppigen, oft sterilen Frauen eigenthümlich. Ob aber die arthritische Constitution hier eine ursächliche Rolle spielt, und nicht ebenso wie die Gebärmutteranschoppung lediglich Folge des mangelhaften, trägen Stoffwechsels und von venösen Stasen in den Nieren und der Leber wie im Becken ist, lassen wir dahingestellt. Jedenfalls bezeichnen Engländer und Franzosen mit diesem uns etwas fremden Namen eine auch in Deutschland längst bekannte und klinisch gewürdigte Thatsache. — Die Frage der Alternanz des Auftretens von Rheumatismus und entzündlichen Uterinaffectionen bedarf jedenfalls noch weiterer und genauerer klinischer Beobachtungen.

Endlich genüge es, noch zu erwähnen, dass auch die herpetische Constitution gewiss mit noch viel weniger Recht als eine prädisponirende Ursache für chronische Uterinleiden angeklagt worden ist. Der sogenannte Herpes der portio vaginalis ist kein wahrer Herpes; der wirkliche Herpes

vulvaris tritt unabhängig von Uterinaffectionen auf. — Eczem der Vulva, fortgeleitete Vulvitis etc. kann allerdings eine Folge der Benetzung der Vulvarmucosa mit metritischen Secreten sein; dies ist jedoch nur ein localer Process und hat mit allgemeiner Constitutionsanomalie um so weniger zu thun, als ja der Ausfluss das primäre und das Hautleiden erst das secundäre ist.

Wir haben jetzt einen kurzen Blick auf jene allgemein prädisponirenden Momente zu werfen, welche auf einer Diathese beruhen. — Zunächst kommt die tuberculöse Diathese in Betracht. — Der Einfluss von Lungentuberculose auf den Uterus wird von keiner Seite in Abrede gestellt. Die Franzosen, namentlich Desnos, gehen noch einen Schritt weiter und nehmen auch hier wieder ein alternirendes Verhältniss an. Es ist Erfahrungssache, sagt er, dass eine Lungentuberculose sich verschlimmert, sobald die Uterinaffection sich bessert und umgekehrt. — Die tuberculöse Metritis soll gleichsam in ableitender Weise wie ein Ventil wirken und die zunehmenden Lungenaffectionen bekämpfen. Auch dieser theoretischen Deduction liegt eine richtige klinische Beobachtung zu Grunde, die aber dann falsch gedeutet ist. Es ist allen Gynäkologen bekannt, dass Lungentuberculose sich durch eine energische Localbehandlung eines concomitirenden Uterinleidens (abgesehen von bedrohlichen Uterinalblutungen) rasch zu verschlimmern pflegt. Dies ist jedoch nicht blos bei Eingriffen der Gebärmutterchirurgie der Fall. Alle eingreifenden Operationen, z. B. wie sehr bekannt die Operation von Mastdarmfisteln, führen die Gefahr einer raschen Verschlimmerung des tuberculösen Lungenleidens mit sich, ohne dass man hier an eine quasi ableitende Wirkung zu denken hätte. Denn die Unterdrückung einer profusen Eiterung oder Schleimsecretion, gleichgiltig aus welchen Organen dieselben kommen, kann im Grossen und Ganzen den Allgemeinzustand nicht verschlimmern, — sie muss vielmehr, indem sie die Abgabe dieser Secrete aus der Säftemasse aufhebt, den Kräftezustand bessern. Es ist nur der Shok der Operation, dem der nicht mehr resistente Organismus um so rascher unterliegt. Diese Form der Metritis aus allgemeiner tuberculöser Diathese kann sich spontan ent-

wickeln, sie wartet jedoch meist einen günstigen Moment ab, sei es eine Entbindung oder einen Abort, um sich selbständig im Uterus festzusetzen. — Ich brauche nicht hinzufügen, wie häufig sich bei allgemeiner Tuberculose Tuberkel auf der Schleimhaut des Uterus wie des ganzen Genitaltractus entwickeln und so eine chronische tuberculöse Endometritis im engern Sinne des Wortes die Allgemeinkrankheit compliciren kann (Lebert, Klebs u. A.).

Was nun endlich die carcinomatöse Diathese anlangt, so wird Jeder von vornherein von ihrem Einflusse auf metritische Processe überzeugt sein, da es bekannt ist, mit welcher Vorliebe das Carcinom grade den Uterus zu seinem Sitze wählt. Es sei daher mit der Erwähnung dieser Diathese genug gethan.

Es gibt ferner noch eine zweite Reihe von prädisponirenden Ursachen, die im Gegensatz zu den eben besprochenen, den allgemeinen, als locale zu bezeichnen sind. Sie greifen den Uterus direkt an. Aus ihnen können wir uns die Leichtigkeit erklären, mit der der Genitaltractus durch die constitutionellen und diathetischen Momente beeinflusst wird. Vor Allem sind solche Umstände in Betracht zu ziehen, welche in den physiologischen Gang der am Uterus sich vollziehenden naturgemässen Processe störend eingreifen — also alles, was zunächst die Menstruation stört. — Die Menstruatio nimia — Menorrhagie — ist ebenso nachtheilig wie die Menstruatio parva oder eine plötzliche suppressio mensium, die einen congestionirten Uterus zurücklassen. Auch die sogen. Dysmenorrhoea membranacea muss in den meisten Fällen als das Product einer chronischen desquamativen Endometritis aufgefasst werden. Ebenso kann jedes Hinderniss für den Abfluss des schon abgesonderten Menstrualblutes (Stenose des äussern, seltener des innern Muttermundes, Verbildungen und Abknickungen der Vaginalportion, Geschwülste in derselben) durch Rückstauung und häufig wiederholte Congestionen bei den Austreibungsbestrebungen zur chronischen Entzündung sowohl des Uterushalses als des Körpers führen. Ein noch viel häufigeres locales prädisponirendes Moment ist durch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett gegeben — die grösste Mehrzahl aller Uterinleiden datirt aus dem puerperium

— jenem Zeitabschnitte, wo nach einer rapiden Neubildung und Hypertrophie aller seiner Elemente der Uterus dieselben theils atrophiren, andere ganz verschwinden und noch andere sich neubilden lässt. Diese häufigen Structurveränderungen involviren eine Unbeständigkeit des Organs, wie man sie kaum wiederfindet — sie erklärt auch zugleich die Häufigkeit uterinaler Leiden, die auf das puerperium zurückzuführen sind.

Auch die Menopause ist für die Entwickelung chronischer Gebärmutterleiden nicht gleichgiltig. Es machen sich während derselben am Uterus häufige und intensive Hyperämien geltend, welche, da sie nur selten von Blutausscheidungen gefolgt sind, die Entstehung einer Metritis bei öfterer Wiederholung begünstigen. Der diese kritische Epoche zuweilen begleitenden Chlorose ist bereits früher Erwähnung gethan.

Fragen wir ferner, ob der geschlechtliche Verkehr an chronischen Uterinalaffectionen ganz unbetheiligt ist, so können wir uns auch hier nicht im verneinenden Sinne äussern. Denn es ist überraschend, wie schnell ein solches Leiden der Besserung entgegengeht, wenn das kranke Organ der Ruhe überlassen bleibt. Es ist klar, dass die überraschenden Erfolge, wie sie namentlich die Badeärzte constatiren können, nicht allein durch die Heilkraft von Bädern erzielt werden, sondern dass auch die blosse Ruhe des afficirten Organs bei aufgehobenem sexuellen Verkehr eine Hauptrolle dabei spielt. Wie wäre es anders zu verstehen, wenn junge Frauen, die bis zur Verheirathung bezüglich des Genitalapparats ganz gesund waren, schon von ihrer sogenannten Hochzeitsreise einen kranken Uterus mitbringen, wenn wir nicht einen excessiven sexuellen Verkehr als ursächliches Moment beschuldigen könnten.

Die Masturbation, beim weiblichen Geschlecht noch verhältnissmässig häufiger als beim männlichen, stellt ein nicht unbedeutendes Contingent zu chronischer Metritis. Es werden vermöge des die Vagina und den Cervix uteri direkt treffenden Reizes mehr und häufiger die unteren Abschnitte des Genitalschlauches sich entzünden, jedoch wird auch in Folge der die Masturbation begleitenden starken Fluxionen zu allen Beckenorganen auch der Uteruskörper, seine Serosa und

Adnexa oft mitbetheiligt sein. Endlich wird auch die der lang fortgesetzten Masturbation folgende Anaemie und Erschlaffung sämmtlicher Gewebe und auch des Uterus die Entstehung einer chronischen Metritis begünstigen.

Wir weisen ferner auf die immer mehr um sich greifende und verwerfliche Sitte kräftiger und gesunder Mütter hin, das Säugungsgeschäft Ammen zu überlassen. Es ist bekannt, dass Mammae und Uterus im sympathischen Verhältniss zu einander stehen. Der Mammillarreiz löst eine Contraction des Uterus aus. Bei Wegfall dieser Reize ist somit eine der Hauptbedingungen aufgehoben, welche die normale Involution des vergrösserten Uterus zu Wege bringen sollen. Indess dürfte dieses rein mechanische Wechselverhältniss nicht die einzige Ursache sein, weshalb das Unterlassen des Säugens eine Hauptursache der chronischen Metritis ist. Es sind gewiss auch allgemeine Störungen des Stoffwechsels und der Ernährung, die durch die gewaltsame Unterdrückung einer physiologischen Function, wie es die Lactation ist, entstehen und ihre Rückwirkung auf die Beckenorgane resp. den Uterus ausüben. Endlich bietet das Selbststillen eine, wenn auch nicht absolute, so doch relative Immunität der Mütter gegen zu rasche Wiederholung der Schwangerschaft; grade der letztere Umstand aber begünstigt die Subinvolutio, alias sogenannte chronische Metritis.

Der Sterilität und Heredität irgend eine ätiologische Wichtigeit für chronisch-entzündliche Zustände am Uterus beizumessen, sind wir kaum berechtigt. Unfruchtbarkeit ist wohl in den meisten Fällen umgekehrt als Folge von Uterinerkrankungen besonders der Mucosa uteri anzusehen, auf der das Ovulum nicht den geeigneten Boden zu seiner Weiterentwickelung findet; und in der That werden denn auch solche Frauen nach Heilung ihres Uterinleidens nicht selten gravid.

Die Heredität wird nur insofern in Betracht kommen, als eben die Mutter die Prädisposition auf die Tochter vererbt; denn eine Affection kann nicht constitutionell sein, ohne auf Heredität zu beruhen.

Eine untergeordnetere Rolle als die prädisponirenden Ursachen spielen die occasionellen: Verletzung, Fall, Con-

tusion des Unterleibes, operative Eingriffe, Sondirung, Pressschwämme und besonders Laminariastifte, Pessarien, und zwar sowohl Vaginalpessarien wie Intrauterinstifte, Deviationen des Uterus (die wohl häufiger eine Folge als eine Ursache der entzündlichen Gewebserkrankung desselben sind), ferner alle in den Uterus eingelagerten Neoplasmen, Fortleitung entzündlicher Zustände, Infection, besonders häufig die gonorrhoische, kann man als occasionell wirkend auffassen. Dieselben können natürlich vorübergehen, ohne am Uterus Spuren von sich zurückzulassen oder constitutionelle oder diathetische Keime zu wecken. Anderseits wird auf ein mit ausgesprochener constitutioneller oder diathetischer Anlage belastetes Individuum eine solche Gelegenheitsursache einen andern Einfluss haben, als auf ein ganz gesundes, und es wird z. B. eine Tripperinfection, die ein scrophulöses oder chlorotisches Individuum trifft, einen langwierigeren Verlauf nehmen und viel häufiger in chronischen Uteruskatarrh übergehen, als bei einem gesunden Individuum, wo der acute Verlauf und der Ausgang in völlige Genesung eher zu erwarten ist. Somit sind wir zum Schluss noch einmal auf den Hauptgedanken hingeleitet, der fast die ganze Aetiologie der chronischen Uteruserkrankungen beherrscht: die Mehrzahl der chronischen Uterinalaffectionen ist die Folge einer constitutionellen oder diathetischen Krankheit oder mit einem Worte: Sie ist die Krankheit des Individuums.

Aus alle dem geht hervor, dass die Pathogenese nur wenig und schwache Anhaltspunkte bietet für die Differenzirung der einzelnen Formen der chronischen Metritis. Die Scrophulose, Chlorose und Syphilis befällt z. B. vorzugsweise wegen seines Drüsenreichthums den Cervix uteri, aber sie kann sich eben so gut nach oben in die Körperhöhle fortpflanzen und dort ihren Hauptsitz wählen, wie es auch nicht auszuschliessen ist, dass der primäre Sitz dieser Affection in der Vagina und Vulva (letzteres besonders bei Syphilis) zu suchen ist, und erst secundär die höher liegenden Theile ergriffen sind. Die Tuberculose localisirt sich gern in der Körperhöhle, aber sie kann sich eben so gut nach unten in Cervix und Scheide fortpflanzen.

Die Tripperinfection beginnt naturgemäss auf der Vulvar-

schleimhaut, aber wenn der Tripper chronisch, zur lateuten Gonorrhoe (Noeggerath) geworden ist, sitzt er meistens in der Körperhöhle, ja in den hartnäckigsten Fällen auf der Schleimhaut der Tuben. Schwere Traumen bei Abort oder Entbindung, wie auch viele Operationen am Cervix haben meist eine chronische Cervicitis und Endocervicitis im Gefolge.

Alle Ursachen, welche zur Subinvolution des Uterus führen (z. B. Unterlassen des Stillen, zu lange fortgesetztes Stillen, acut oder subacut entzündliche Affectionen des Uterus im Wochenbett) führen meist zu einer Ernährungsstörung des ganzen Uterus, d. h. des Körpers und des Cervix, aber sie können auch nur einzelne Abschnitte betreffen. Ebenso betrifft das sogenannte Engoûment, hervorgehend aus venösen Stasen im Becken etc. — meist wohl den ganzen Uterus, demnächst aber oft isolirt fundus und Corpus uteri und ihren serösen Ueberzug.

Die Aetiologie giebt mithin keinen sichern Anhaltspunkt für Form und Sitz der Uteruserkrankung im einzelnen Falle; jedoch wird bei genügender Sorgfalt in Ermittlung des ätiologischen Moments sich durch diese meist der locus primae affectionis eruiren und der weitere Fortgang der Entzündung nach Höhe, Tiefe und Dicke der Gewebe nachweisen lassen.

Symptomatologie.

Die chronische Metritis ist eine Krankheit, deren Symptome so verschiedenartig uud so vielfacher Deutung fähig sind, dass es schwer wird, das Wichtige vom Unwichtigen und das Wesentliche vom Zufälligen zu unterscheiden. Sie geht mit einer Reihe sympathischer Erscheinungen einher, die, obwohl sie diesem Uterusleiden nicht ausschliesslich eigen sind, doch oft ganz bestimmte Anhaltspunkte für die Erkenntniss desselben gewähren, oder wenigstens die Aufmerksamkeit auf eine Erkrankung der Gebärmutter hinlenken.

Solche allgemeine Symptome treten oft so heftig hervor, dass das Grundleiden von der Patientin ganz übersehen und

der Arzt häufiger eines dieser Symptome als des zu Grunde liegenden Hauptübels wegen consultirt wird. Die allgemeinen oder sympathischen Symptome — so genannt, weil in den Organen, an denen sie sich bemerkbar machen, in der Regel keine Structurveränderungen nachweisbar sind, treten zu Tage an den Verdauungsorganen, im allgemeinen Ernährungszustande, am Nervensystem und zwar als Störungen der Sensibilität, der Motilität, der Psyche, zu welch' letzterer auch die Hysterie hinzugezählt zu werden verdient, und schliesslich noch an der äusseren Haut. Am häufigsten ist es wohl der Digestionsapparat, der vom Uterus in Mitleidenschaft gezogen wird und an dem sich dyspeptische und gastralgische Beschwerden bemerkbar machen. Trotzdem kann der Appetit erhalten, oder sogar gesteigert sein; oder zuweilen hat sich eine perverse Geschmacksrichtung, wie sie auch in der Schwangerschaft vorkommt, ausgebildet. Meist jedoch ist der Appetit sehr verschieden. Bald werden solche Frauen vom Heisshunger geplagt, bald wieder ist ihnen jegliche Speise zuwider. Unmittelbar oder einige Zeit nach der Nahrungsaufnahme tritt zuweilen ein in der Gegend der Cardia besonders lebhaft gefühlter und in die Umgebung ausstrahlender Schmerz auf, der von bald mehr, bald weniger sauren, übelriechenden Regurgitationen begleitet ist. Oft wird die Scene eines solchen fast anfallsweise auftretenden regelwidrigen Verdauungsaktes durch einen Erleichterung verschaffenden Brechakt beschlossen. Bei andern Frauen hat man wieder Zustände beobachtet, die sehr an das unstillbare Erbrechen der Schwangeren oder an den Vomitus matutinus der Säufer erinnern. Nicht selten ist im scrobiculus cordis bedeutende Druckempfindlichkeit vorhanden; Auftreibung der Magengegend, besonders unmittelbar nach den Mahlzeiten, Gefühl von Fülle und Druck im Epigastrium sind bekannte Beschwerden von Frauen, die an chronischer Metritis leiden. Die Verdauungsstörungen spielen überhaupt bei uteruskranken Frauen eine so wichtige Rolle, das fast jede über Magenbeschwerden klagende Frau einer genauen Uterinaluntersuchung unterzogen werden muss.

Auch die Leberfunctionen sind zuweilen gestört. H. Bennet und Aran haben zuerst auf diese Complication auf-

merksam gemacht. Die Frauen erbrechen gallige Massen, ihre Leber schwillt an, sie werden leicht icterisch, der Urin ist gallig tingirt, die fäces entfärbt, kurz man findet das Bild einer Cholelithiasis, ohne dass immer Gallensteine vorhanden wären (cf. Menstruationsicterus). Solche Störungen der digestiven Functionen können bei längerer Dauer voraussichtlich für den Ernährungszustand einer solchen Patientin nicht gleichgültig sein; die Blutbeschaffenheit muss nothwendiger Weise darunter leiden. So sehen wir denn nach einigen Monaten solche Frauen in einen chlorotisch-anämischen Zustand verfallen, der ihrer Physiognomie ein so charakteristisches Siegel aufdrückt, dass man von einer facies uterina schon seit lange zu sprechen pflegte. Schon die Alten kannten dieselbe und verstanden darunter einen Gesichtsausdruck, dessen Gegenwart zur Annahme eines Uterinleidens berechtigen sollte. Indess ist die Abmagerung keine constante Erscheinung; höchstens ist sie den schmerzhaften Formen bei leicht reizbaren und nervösen Frauen eigen; im Gegentheil ist bei torpiden Formen ein gewisser Embonpoint nicht zu verkennen, eine Beobachtung, die schon vor mehr als 20 Jahren gemacht und von den Franzosen als «grossesse graisseuse» beschrieben worden ist. Indessen darf man sich durch diesen pastösen Habitus nicht täuschen lassen und solche Frauen als plethorisch ansehen und behandeln. Fettleibigkeit und Anaemie schliessen einander nicht aus, finden sich vielmehr häufiger combinirt vor.

Auf dem Gebiete des Nervensystems machen sich ebenfalls vielfache Störungen geltend. Die Sensibilität der Haut ist, wenn überhaupt verändert, öfter erhöht — Hyperaesthesie — als vermindert — Anaesthesie. — Ist letztere vorhanden, so soll sie auf Hysterie zu beziehen sein. Auch Vaginismus, Krampf des Constrictor cunni resp. des m. levator ani (nach Hildebrandt) ist keine seltene Begleiterscheinung der chronischen Metritis. Ganz im Gegensatz zu dieser Thatsache sieht man wieder Frauen, die über völlige Empfindungslosigkeit der Genitalien klagen. Die Mehrzahl solcher Frauen ist anämisch, dabei nicht selten steril. Jedoch finden sich diese Neurosen des Genitalapparats auch ganz unabhängig von entzündlichen Uterin- und überhaupt Sexualaffectionen.

Neuralgien sind sehr häufig bei Gebärmutterkrankungen zu beobachten und zwar nicht nur in der Nähe des kranken Organs, sondern auch in ganz entfernten Gebieten. Lumboabdominalneuralgien, Crual-Intercostalneuralgien (letztere besonders linkseitig in der Höhe der falschen Rippen), Supra- und Infra-orbitalneuralgien, Fronto-parietalneuralgien sind es besonders, die ausser oder während der Menstruation die Frauen oft in der unangenehmsten Weise belästigen.

Auch am Herzen macht sich zuweilen eine Neurose geltend, die sich in schmerzhaften und starken Palpitationen äussert, so dass die Kranken an organischen Veränderungen des Herzens zu leiden glauben. In der That ist es jedoch einmal die die Uterusaffectionen begleitende Chlorose oder Anaemie, auf welche jener Zustand zu beziehen ist, in andern Fällen ist es eine reine Herzneurose.

Ebenso ist die Blase, abgesehen von den mechanischen und Circulationsstörungen, die sie als Nachbarorgan des chronisch entzündeten Uterus unmittelbar berühren, nicht selten Sitz lästiger Empfindungen, die auf Contraction der Blasenmuskulatur beruhen und sich zum vollständigen Tenesmus vesicae steigern können.

Ein ähnlicher Zustand ist die Laryngobronchiale Neurose, die sich in einem kurzen, trockenen, bellenden Husten zu erkennen giebt, welchen die Franzosen (Nonat) toux utérine bezeichnet haben, da er einige Mal zugleich mit der Gebärmutteraffection verschwand. Auch hat man wirklich asthmatische Anfälle (von Warring-Curran asthme utérin genannt) beobachtet, die besonders zur Menstruationsepoche auftraten und die seit der Heilung des Uterinleidens nicht wiederzukehren pflegten.

Die Störungen der Motilität, welche bei chronischer Metritis, ebenso wie bei Perimetritis, Lageveränderung und Tumoren des Uterus, kurz bei allen Uterusaffectionen beobachtet werden, die eine Volumsvergrösserung, eine Lage- oder Consistenzveränderung der Gebärmutter im Gefolge haben, bestehen theils in convulsivischen und spastischen Contractionen einzelner Muskel oder Muskelgruppen (z. B. periodisch wiederkehrende Convulsionen — Chorea oder Hemichorea), theils in Störungen

der Motilität. Die letzteren mehr oder weniger vollständige Paralysen sind dadurch charakterisirt, dass sie hauptsächlich die unteren Extremitäten befallen und zwar beide bei corporealer Metritis, Perimetritis, gewöhnlich nur eine einzelne bei Parametritis und zwar dann die der correspondirenden Seite. Niemals sind bei Paralysen, die ein Symptom chronischer Metritis sind, die obern Extremitäten isolirt ergriffen; wenn sie überhaupt vorhanden sind, so begleiten sie schon vorangegangene Lähmungen der Unterextremitäten. Diese Vorliebe für die Lähmung der Unterextremitäten bei chronischer Metritis erklärt sich leicht aus den intimen Beziehungen der Uterusnerven zu den Beckennerven und denen der Unterextremitäten. Die Paralyse der Beine, die von chronischer Metritis abhängig ist, verschlimmert sich bei jedem Reiz, der den chronisch entzündeten Uterus trifft, sei es ein Trauma, sei es auch nur der periodisch wiederkehrende physiologische Reiz der Menstruation. So führt Brown Séquard einen Fall an[1]), wo eine Frau nur zur Zeit der Menstruation eine fast vollständige Lähmung der Beine hatte. Ferner charakteristisch für die den Uterus-Affectionen entspringende Parese ist das Fehlen oder zum mindesten die grosse Seltenheit der Hautanaesthesie bei gleichzeitig bestehender Muskelhyperaesthesie, die Abwesenheit jeder isolirten Paralyse der Oberextremität (wie schon erwähnt), die Freiheit des Sensorium, das langsame und allmählige Fortschreiten der Lähmung und ihr Verschwinden gleichzeitig mit Beseitigung der metritische Symptome. Die Lähmungen cerebralen Ursprungs entstehen zum Unterschied von den uterinalen meist plötzlich, betreffen zugleich Motilität und Sensibilität, haben Störungen der Intelligenz im Gefolge, sowie Functionsunfähigkeit der Sphincteren der Blase und des Mastdarms. Die spinalen Lähmungen sind von mehr oder weniger lebhaften fixen oder ausstrahlenden, von der Wirbelsäule ausgehenden Schmerzen begleitet; Blasen- und Mastdarmparalyse, Muskelstösse, Contracturen etc. begleiten sie regelmässig und

[1]) Diagnost. et Traitement des paraplégies. Trad. par Gordon. Montpellier 1864.

lassen sie leicht von den metritischen Lähmungen unterscheiden. Die sogenannten hysterischen Lähmungen betreffen vorzugsweise die Sensibilitätssphaere und zeichnen sich durch ihr irreguläres Auftreten und Fortschreiten aus. Sie haben die meiste Aehnlichkeit mit den metritischen Lähmungen, und bei Abwesenheit einer chronischen Metritis als substantieller Basis der Paralyse wird man sich oft zur Annahme einer hysterischen Lähmung bequemen müssen.

Im Ganzen sind mithin die durch Hypertrophie des Uterus bedingten Motilitätsstörungen gut diagnosticirbar; hingegen lässt sich nicht mit Sicherheit aus dem Vorhandensein einer solchen Lähmung auf das Ergriffensein eines speciellen Theils des Uterus schliessen. Nach den bis jetzt vorliegenden Beobachtungen scheint es, als ob die spastischen und convulsivischen Störungen mehr den Affectionen des Cervix entsprächen, die paretischen Motilitätsstörungen mehr denen des Uteruskörpers.

Selbst in die intellectuelle Sphäre kann die chronische Metritis Störungen bringen. Sie bestehen in Wahnvorstellungen, in Gesichts- und Gehörshallucinationen, die zu Hypochondrie, fixen Ideen und selbst zum Suicidium geführt haben.

Die Beziehungen der chronischen Metritis zur Hysterie sind nach den einen Autoren die innigsten. Schon Hippokrates huldigte dieser Theorie, indem er annahm, dass der gereizte und entzündete Uterus den ganzen Körper durchwandere. Die neueren Autoren erklären sich die hysterischen Erscheinungen so, dass die Störungen der Genitalorgane (nach Boinet und Charcot nicht des Uterus, sondern der Ovarien) sich durch den Sympathicus aufs Rückenmark fortpflanzen, von dem dann die verschiedenen Reflexphänomene ausgehen sollen. Briquet, der Verfasser der berühmten und wohl heute noch besten Monographie der Hysterie, widerspricht dieser Theorie, die jeden Fall von Hysterie auf ein Uterus- oder Ovarialleiden bezieht, und ebenso macht Scanzoni mit Recht darauf aufmerksam, dass sich Hysterie sehr oft ohne jede Uterusaffection entwickelt. Auch die ovarielle Hyperästhesie, die neuester Zeit Charcot stark accentuirte, ist

keine constante Begleiterscheinung dieser Krankheit. Es würde zu weit führen, in die Discussion über die Ursachen der Hysterie hier weiter einzugehen; nur soviel lässt sich mit Bestimmtheit sagen, dass die chronische Metritis bei vorhandener individueller, zuweilen angeborner und erblicher Prädisposition der Nervencentren zur hysterischen Neurose oft, wenn auch nicht immer, die Gelegenheitsursache, das Agens zum Ausbruch dieser Neurose sein kann. Fehlt jedoch diese individuelle Prädisposition, so wird auch die chronische Metritis wohl keine Hysterie im Gefolge haben.

Wir werfen endlich noch einen kurzen Blick auf die Veränderungen der äusseren Haut, deren Complication mit Gebärmuttererkrankungen schon seit lange die Aufmerksamkeit der Beobachter erregt hatte. Gewiss hat auch hierbei wieder die Anämie ihre Hand im Spiele. Es ist besonders das Chloasma uterinum, das chronische Eczem, die Acne disseminata und rosacea, die flüchtigen Erythem- und Urticariaeruptionen, auch wohl die Furunculosis, die eine besondere Erwähnung verdienen. Die als Erythem und Roseola bezeichneten Hauthyperämien kommen am häufigsten zur Beobachtung, sie treten vorzüglich im Augenblicke einer etwas heftigen psychischen Erregung am Kopf, Gesicht und Brust auf, verschwinden aber auch eben so schnell wieder. Andere Hautaffectionen kommen unter stürmischeren Erscheinungen (Hitze, Pulsbeschleunigung, Erbrechen) zum Durchbruch und werden besonders bei chlorotischen, an Dysmenorrhoe leidenden Frauen beobachtet. Zwischen Eczem und chronischem Uterusleiden hat man ein wechselseitiges Verhältniss zu wiederholten Malen beobachtet, wobei der innige Zusammenhang dadurch besonders deutlich wurde, dass bei Steigerung der metritischen Beschwerden oft weit verbreitete Eczemeruptionen auf der Haut auftraten. Auch die Alopecie und Seborrhoe bringt Hebra mit dysmenorrhoischen und anämischen Zuständen in Verbindung[1]).

In Bezug auf die allgemeinen consensuellen Symptome bemerken wir kurz resumirend noch, dass Schmerzen in

[1]) cf. Scanzoni, Chronische Metritis. Wien, 1863.

den Brüsten und stärkere Pigmentirung des Warzenhofs fast ausschliesslich der corporealen chronischen Metritis zukommen, sowie ferner, dass bedeutende Nervenerscheinungen, Schlaflosigkeit, Nausea und Erbrechen ohne Strukturerkrankung des Magens fast nie bei cervicaler Endometritis und Metritis auftreten. Schwere allgemeine consensuelle Symptome legen den Verdacht einer Erkrankung des corpus uteri und seiner Schleimhaut nahe!

Wenn wir ferner gewissen constitutionellen und diathetischen Krankheiten eine so hervorragende ätiologische Wichtigkeit für chronische Metritis zugestanden haben, so ist es selbstverständlich, dass, wo ein solches Grundleiden vorliegt, neben der Localisirung im und am Uterus auch noch andere, mehr allgemeine Erscheinungen im Organismus sich bemerkbar machen werden. Die klinischen Bilder der Scrophulose, Chlorose, Arthritis, Syphilis, sowie der tuberculösen und carcinomatösen Dyskrasie sind indess so deutlich ausgeprägt und so allgemein gekannt, dass wir von einer detaillirten Schilderung ihrer einzelnen Symptome Abstand nehmen.

Von den localen Symptomen betrachten wir zunächst die subjectiven Beschwerden der Patientinnen. — Wir haben schon oben hervorgehoben, dass der Digestionsapparat bei chronischer Metritis sehr oft in Mitleidenschaft gezogen wird. Hiermit nun sind die Diarrhoë und die noch häufigere Obstipation in Zusammenhang zu bringen. Auch ist hier wohl dem anatomischen Verhältnisse Rechnung zu tragen, dass Uterus und Rectum von Arterien versorgt werden, die aus demselben Stamme entspringen, und dass auch Beide ihr venöses Blut in gemeinschaftliche Venen absetzen. Wenn schon bei ganz gesunden Frauen der Eintritt der catamenialen Blutung sich oft durch Diarrhoë ankündigt, so ist dies bei andauernden Congestionszuständen nach dem Uterus, wie sie bei chronischer Entzündung desselben nie fehlen, um so erklärlicher. Häufiger noch ist die Obstipation eine wirkliche Complication von Uteruskrankheiten; sie unterhält dieselben, indem sie die Blutcirculation im Becken beeinträchtigt, und erschwert ihre Heilung ebenso wie ein vitium cordis, eine Cirrhosis hepatis oder jede andere die Blutcirculation im Becken

störende Affection. Die Dauer der Obstipation bei Frauen ist oft staunenerregend; 8—14—20 Tage mangelt jede Stuhlentleerung, oder es besteht neben der Obstructio alvi Diarrhoë, indem durch den Reiz der angehäuften Fäcalmassen eine katarrhalische Reizung der Darmschleimhaut entsteht, und täglich dünne Stühle, aber in ungenügender Menge, entleert werden. Dass bei einer solchen Coprostase Leibschmerzen, Tympanites, Dyspepsie sich bald einstellen, ist selbstverständlich. Mastdarmtenesmus, Hämorrhoiden, äussere wie innere, Fissuren des Anus sind die Folge solcher Kothanhäufungen und der häufigen und heftigen Expressionsversuche. Besonders häufig und durch rein mechanische Verhältnisse bedingt, tritt die Obstipation ein, wenn sich mit einer chronischen Hyperplasie eine Deviation, namentlich eine Senkung oder Retroflexion des Uterus combinirt. Schon aus diesen rein mechanischen Verhältnissen ist es erklärlich, dass die Localisirung der chronischen Metritis nur auf der Schleimhaut weniger häufig von Obstipation begleitet sein müssen als die parenchymatösen Formen. Bei letzteren — sei es, dass nur der Cervix oder nur das corpus uteri oder beide zusammen erkrankt sind, wirkt sowohl die Volumsvermehrung als auch die die Parenchymerkrankung in viel höherem Grade als die Schleimhauterkrankung begleitende Circulationsstörung alterirend auf die Darmthätigkeit ein. Starker Tympanites kommt im Allgemeinen der corporealen Metritis und Endometritis zu — nicht der cervicalen (Gaillard Thomas). Im Uebrigen aber ist habituelle Obstipation auch bei nicht uteruskranken Frauen so häufig, dass aus ihrem Vorkommen allein ein sicherer Schluss auf das Vorhandensein oder gar den Sitz eines Uterinleidens nicht zu ziehen ist.

Fast eben so häufig als die Functionen des Mastdarms sind die der Blase gestört, und zwar tritt diese Störung der Uterinexcretion meist in Form von Dysurie, Strangurie, Blasentenesmus, schmerzhaftem Gefühl von Brennen vor, während und nach der Uterinentleerung auf, seltener zeigt sie sich als Retentio, noch seltener als Incontinentia urinae; auch Complicationen mit Blasenkatarrh kommen vor. — Die Ursachen dieser Dysurie im weitesten Sinne des Wortes können zu-

vörderst wieder mechanischer Natur sein, indem das entzündete voluminöse Organ auf die Blase drückt (Anteversio uteri infarcti), oder an ihr, speciell an dem Blasenhalse, zerrt (Descensus oder retroversio und flexio des geschwellten Uterus) oder es setzt sich die uterinale Circulationsstörung auf Serosa, Muscularis und Mucosa der Blase fort, oder ferner es entsteht, wie schon oben angedeutet, durch unvollständige Entleerung der Blase und ammoniakalische Decomposition des Urins wirklicher Blasenkatarrh, oder es ist endlich der Spasmus vesicae als eine die Metritis begleitende Reflexneurose zu erklären. Die besonders von Simon und Spiegelberg in die Praxis eingeführte Dilatation der Harnröhre und Eröffnung der letzteren wie der eigentlichen Blasenhöhle für das Gefühl und Gesicht ermöglichen es in neuester Zeit, die Ursachen dieser Störung der Urinexcretion viel präciser zu bestimmen als bisher, und in vielen Fällen, wo man sich früher mit dem Begriffe «Reflexneurose der Blase bei chronischer Metritis» zufrieden geben musste, wird man jetzt eine Fissur der Harnröhre, des Blasenhalses, oder eine mehr oder weniger circumscripte Ulceration der Blasenmucosa als wahre Ursache der concomitirenden Dysurie erkennen und heilen können. Im Allgemeinen lässt sich behaupten, dass die Affectionen des Uteruskörpers intensivere Störungen der Urinexcretion hervorrufen werden, als die der portio vaginalis, und dass die Parenchymerkrankung desselben mehr reizend auf die Blase einwirkt, als ein einfacher Schleimhautkatarrh, es sei denn, dass die durch letzteren producirten Secrete, indem sie in die Urethralmündung eindringen, Harnröhren- und secundär Blasenkatarrh hervorrufen.

Ein anderes wichtiges Symptom ist der Schmerz im Becken. Manche Frauen allerdings haben darüber gar nicht zu klagen, bei anderen wieder ist er so wandelbar, dass weder Arzt noch Patientin durch ihn auf das leidende Organ hingewiesen wird; meist jedoch ist Schmerz vorhanden. Am häufigsten hört man klagen über ein dumpfes Gefühl von Druck, Schwere und Völle, das sich entweder auf das Hypogastrium beschränkt oder mehr in die Tiefe des Beckens zu dringen pflegt und namentlich dann die Kranken quält, wenn das

entzündlich gereizte Organ durch irgend welche Bewegung von den Eingeweiden her einen Druck erfährt, ohne jedoch im Zustande vollständiger Ruhe ganz nachzulassen. Oft haben die Kranken das Gefühl, als wolle sich ein schwerer Körper durch die Rima pudendi nach unten senken. Die geringste Anstrengung der Bauchpresse beim Niesen, Husten, Lachen, bei der Deföcation, verursacht lancinirende Schmerzen im Innern des Beckens, ein lästiges Ziehen im Kreuze, in der Lenden- und Nierengegend (barre lombaire. Courty, Traité pratique des maladies de l'uterus. Paris, 1872) und um den Nabel herum (tiraillement ombilical), von wo dann diese Empfindung gegen das Perineum (Pesanteur périnéale), die Symphysengegend und in die unteren Extremitäten mit grösserer oder geringerer Heftigkeit ausstrahlt. Am meisten steigert sich die Empfindlichkeit dieser ganzen Region unmittelbar vor oder während der ersten Tage der Menstruation, wo sich zu all den genannten Beschwerden nicht selten noch die peinlichen, wehenartigen Schmerzen hinzugesellen, welche gewöhnlich als Uterinalkoliken bezeichnet werden.

Neuerdings ist unter dem Namen Dysmenorrhoea **intermenstrualis** ein Schmerz beschrieben worden, der bei an chronischer Metritis leidenden Frauen ziemlich genau in der Mitte zwischen zwei Menstruationsepochen auftritt, dessen anatomische Substrate aber noch nicht genügend klargestellt sind.

Bei einem Falle aus der Praxis des Dr. Fraenkel stellten sich genau in der Mitte zwischen zwei Menstruationen bei einer etwas anämischen Frau, die 3 Kinder, zuletzt Zwillinge, immer mit operativer Hülfe geboren hatte, gürtelförmige Schmerzen im Hypogastrium ein, die in die Nn. cutanei femoris ant. externi ausstrahlten und 3—4 Tage anhielten. — Die Menstruation selbst war ganz schmerzlos, ausserdem leichte cervicale Leukorrhoe vorhanden. Der Genitalbefund zeigte eine durch narbige Einrisse bedingte chronische parenchymatöse Cervicitis, leichtes Emmet'sches Narbenektropium und Verdickung und Empfindlichkeit der Ligamenta sacro-uterina.

Mit bemerkenswerther Häufigkeit stellen sich im Gefolge der chronischen Metritis Schmerzen im Bereiche des plexus

lumbalis ein, namentlich ist die Inguinalgegend in ihrer ganzen Ausdehnung der Sitz dieser Schmerzen, und eine genaue Kenntniss derselben ist für die Praxis um so wichtiger, als man ihnen häufig genug eine irrige Deutung gab, indem man eine chronische Oophoritis supponirte. (Scanzoni, l. c.) Derselbe Autor hat auch zu wiederholten Malen den als Coccygodynie bezeichneten Schmerz in der Gegend des Steissbeins bei chronischer Metritis auftreten sehen.

Was das Verhalten der menstruellen Vorgänge im Verlauf der chronischen Metritis anlangt, so sind sie in der Mehrzahl der Fälle von Anomalien begleitet, sei es, dass diese bestehen in einer ungewöhnlichen Frequenz oder einer Verzögerung ihres Eintritts, oder dass zu viel oder noch häufiger zu wenig Blut ausgeschieden wird, oder endlich, dass diese Function sich unter grossen Schmerzen vollzieht. In einer andern Anzahl von Fällen finden wir die Menstruation trotz sehr beträchtlicher organischer Veränderungen des Uterus und seiner Adnexa in durchaus physiologischer Weise vor sich gehen. Ueberhaupt muss man mit der Beurtheilung menstrueller Störungen für diagnostische Zwecke sehr vorsichtig sein, wenn man berücksichtigt, dass auch bei vollkommen normalem, wenigstens nicht nachweisbar krankhaftem Zustande der Genitalien die Catamenien ganz unregelmässig in Bezug auf ihr Erscheinen, ihre Dauer, Reichlichkeit und Schmerzhaftigkeit sein können. (Scanzoni, l. c.) Von der Beschaffenheit, Farbe, Geruch jener Blutungen, die aus einem chronisch entzündeten Uterus stammen, können wir uns jedenfalls keinen mit Sicherheit auf die Art oder den Sitz der anatomischen Veränderung hinweisenden Aufschluss versprechen. Die Unregelmässigkeiten der menstruellen Periode verdienen immerhin noch die meiste Beachtung von Seite des Arztes und sind gewiss auch nicht bedeutungslos, besonders dann, wenn die Frau bisher regelmässig menstruirt war, und jene Regelwidrigkeit nicht bloss der Ausdruck einer Allgemeinerkrankung oder Cachexie ist. Hier verdient zuvörderst die zu häufig auftretende und zu lange andauernde Menstruation nähere Betrachtung. Sie ist meist das hervorstechendste Symptom der sogenannten Subinvolutio uteri (post partum

oder post abortum), die, wie in der Kleineidam'schen Arbeit (l. c.) des Weiteren ausgeführt wird, noch vielfach irrthümlich zu den chronischen Entzündungen des Uterus gezählt wird. Dieser Menorrhagie liegen neben der bekannten Veränderung der Muscularis und der Gefässe hauptsächlich Veränderungen in der Mucosa uteri zu Grunde, die theils als Endometritis fungosa (hyperplastica diffusa), theils als Endometritis polyposa (circumscripta) rubricirt werden können. Sie betreffen meist die Schleimhaut der Körperhöhle des Uterus, doch ist Betheiligung der Cervicalschleimhaut nicht ausgeschlossen. Mit dieser Subinvolutio combinirt oder auch unabhängig von ihr können eine Quelle dieser Menorrhagie auch Erosionen und Geschwürsbildungen an der Portio vaginalis sein. Mag man dieselben mit Carl Mayer und Scanzoni als Wundflächen auffassen, deren Epithel fehlt, und sie nach der alten Auffassung als einfache oder aphthöse Erosionen, folliculäre, papilläre und varicöse (Scanzoni), oder mit Emmet u. A. jede Erosion nur als eine Folge des Cervixectropium betrachten oder als granuläre (Tyler Smith) Geschwüre oder endlich mit Ruge und Veit (Zur Pathol. d. Vaginalportion, Zeitschr. f. Gebh. u. Gynaekol. II. Bd. 2. Heft), die einzelnen Formen der Erosionen als generell identisch ansehen, als Folge irgend welches die Portio vaginalis treffenden Reizes und dadurch ausgelöster ächter Hypertrophie des Epithels in abnormer Richtung (cf. Cohnheim, Allg. Pathol. p. 603) oder atypischer Epithelwucherung (Friedlaender); immerhin erweisen sich die constituirenden Elemente der Schleimhaut als die Träger derjenigen pathologischen Veränderungen, die den gesteigerten Blutungen zu Grunde liegen. Man kann also mit Recht den Satz aufstellen: Profuse und zu häufig wiederkehrende menstruelle Blutungen weisen, wenn durch chronische Metritis bedingt, meist auf die Schleimhaut und zwar überwiegend häufig auf diejenige der eigentlichen Uterushöhle als Sitz der Affection hin.

Ganz im Gegensatz hierzu pflegt die zu seltene und zu spärliche Menstruation auf Betheiligung der Muscularis und zwar das End- oder das sogenannte Indurationsstadium

(Scanzoni) des Uterusengoûment hinzuweisen, allerdings mit nicht seltener Betheiligung der narbig degenerirten Uterusschleimhaut. Das Zusammentreffen beider Veränderungen, totale narbige Schrumpfung und Atrophie sowohl der Schleimhaut, als der Muscularis in Folge chronischer Entzündung, kann zu Amenorrhoe führen.

Die Dysmenorrhoe, ein Symptom der verschiedensten Krankheiten des Uterus wie auch seiner Adnexa, besonders der Ovarien, bietet für unser Thema nur den einen diagnostischen Anhaltspunkt, dass dieselbe bei bestehender chronischer Metritis und bei Ausschluss anderer Affectionen a priori eher auf ein Engoûment als auf eine Subinvolutio schliessen lässt. Bei letzterer ist, wie wir oben zeigten, fast ausschliesslich schmerzlose Menorrhagie die Regel — Dysmenorrhoe die Ausnahme.

Eine besondere Form der Dysmenorrhoe, die sogenannte membranöse oder nach Beigel «Endometritis exfoliativa», weist, wenn die ausgestossenen Membranen nachweislich der Körperhöhle des Uterus entstammen (bekanntlich exfoliirt sich, wenn auch seltener, auch Cervix und Vagina bei dieser Affection), mit Sicherheit auf chronische endometritische Vorgänge in Cavo uteri hin.

Endlich kommt als ein höchst wesentliches, selten fehlendes Symptom der sogenannte fluor albus in Betracht. — Wir setzen die Unterschiede zwischen vulvärer, vaginaler und uterinaler Leukorrhoe als bekannt voraus, ebenso den Umstand, dass häufig diese 3 Formen combinirt miteinander vorkommen, sowie endlich, dass sich sowohl ein ursprünglicher Vulvärcatarrh in ascendenter Richtung bis auf die Tubenschleimhaut, wie auch umgekehrt ein Catarrh der letzteren descendent bis zum Vestibulum fortpflanzen kann. Unsere Aufgabe ist es, die Frage zu beantworten, ob wir genügende Anhaltepunkte besitzen, um aus der Beschaffenheit des Secrets, wie es sich dem Gesichts- und Gefühlssinn, der macro-, miscroscopischen und chemischen Untersuchung präsentirt, einen sichern Schluss ziehen zu können auf die Quelle, der es entstammt, speciell ob es möglich ist, in allen Fällen mit Bestimmtheit den Ursprung des Secrets aus dem Cervix uteri, oder aus der Uterus-Körper-

schleimhaut, oder von der Tubenschleimhaut oder endlich von allen diesen gemeinschaftlich festzustellen. Denn die Beschaffenheit des Vaginal- und Vulvarsecrets ist so allgemein bekannt und die Quelle dem untersuchenden Auge so zugängig, dass über diesen Punkt kein Streit entstehen kann.

Das Secret der Cervicalhöhle ist genauer untersucht, als das der eigentlichen Gebärmutterhöhle. Tyler Smith, Kölliker und Scanzoni haben seine Beschaffenheit im normalen und anormalen Zustande durch ihre Untersuchungen genügend festgestellt. Becquerel hat besonders in chemischer Beziehung die Secrete des Uterus genauer untersucht; er versuchte gleichzeitig durch genaue Unterscheidung von 4 Arten des Schleimes, nämlich des durchsichtigen, des opalinen, des Schleimeiters (Muco-pus) und des eiterartigen Schleims (mucus purulent), eine Deutung für die verschiedenartigen diesen Schleim producirenden Gebärmutteraffectionen zu gewinnen. Seine chemischen Untersuchungen bedürfen der Wiederprüfung und Ergänzung seitens der neuern Chemie; seine semiotische Deutung der verschiedenen Arten der Secrete ist entschieden unrichtig. Die Scanzoni-Kölliker'schen Angaben sind nur noch von Bestand bei der Beschreibung des normalen Cervicalsecrets; sie haben jedoch keine Geltung mehr für das pathologisch veränderte Cervicalsecret und sind gewiss auch unrichtig für das Secret der eigentlichen Uterushöhle, sowohl im normalen als noch mehr im pathologischen Zustande, das diese Autoren nur an der Leiche untersuchen konnten. Weitere Forschungen existiren nur noch von Hennig, Beigel und Hildebrandt. Letzterer hat in seinem klinischen Vortrage «Ueber den Catarrh der weiblichen Geschlechtsorgane» 1872 den jetzigen Standpunkt der Frage wohl am klarsten auseinander gesetzt. Er hat auch versucht, den Fehler zu beseitigen, der allen früheren Untersuchungen anhaftete, nämlich dass Flüssigkeiten für Uterinalsecret untersucht wurden, die aus einem Gemenge von Uterinal- und Vaginalschleim bestanden, oder für Körperhöhlensecret, die aus letzterem, aus Tubar- und Cervicalsecret gemengt waren. Aus allen diesen Untersuchungen lässt sich positiv Folgendes feststellen:

1. Das Cervicalsecret im normalen Zustande ist dick, faden-

ziehend, glasartig transparent, reagirt stark alkalisch und zeigt in Menge Cylinderepithel.

2. Das normale Uterinalsecret ist dünner, nicht fadenziehend, zeigt massenhaft Flimmerepithel; über seine Reaction ist noch keine Einstimmigkeit erzielt. Die Meisten (Hildebrandt, Beigel u. A.) glauben, dass das reine normale eigentliche Uterushöhlensecret neutral reagirt, Andere (Hennig) sauer. Bevor nicht eine einheitliche Art der Gewinnung dieses Secrets festgestellt ist, halten wir diese Frage für noch nicht entschieden. Es spricht kein Grund dafür, dass das Cervicalsecret alkalisch, das Körperhöhlensecret anders, neutral oder sauer reagiren soll. Wir glauben vielmehr, dass eine Schleimhaut die mit derselben Art Epithel ausgekleidet ist und sehr ähnliche Drüsen wie die Cervicalschleimhaut darbietet, auch ein Secret von analoger Reaction produciren muss. Die grösste Wahrscheinlichkeit spricht dafür, dass der eigentliche Uterushöhlenschleim gleichfalls alkalisch reagirt. Auch die pathologische Thatsache spricht für die alkalische Reaction des Körperhöhlensekrets, dass bei beginnender acuter corporealer Endometritis bekanntlich das massenhaft abgesonderte Secret der Körperhöhlenschleimhaut darum so reizend und corrodirend wirkt, weil es sehr stark alkalisch reagirt. Wenn Hildebrandt die Reactionsfrage entscheiden will, indem er aus der Köperhöhle durch eine Braune'sche Intrauterinspritze eine gewisse Menge Schleim einsaugt und diesen chronisch untersucht, so ist dagegen zu bemerken, dass derselbe keinen reinen Uterinalschleim, sondern denselben gemengt mit Tubarschleim bekommen wird, und dass ferner bei wirklich ganz normalen Zustande der Körperhöhlenschleimhaut nicht so viel Schleim in der Gebärmutterhöhle ist, um aufgesaugt werden zu können. Die ganz gesunde Gebärmutterhöhle stellt ja, wie bekannt, gar keine Höhle dar, ihre Wände liegen vielmehr dicht an einander und sind nur von einer so dünnen Schicht Schleim überzogen, dass dessen Aspiration nicht gelingen wird. Wo so viel Schleim vorhanden ist, um aspirirt werden zu könen, muss derselbe schon pathologisch verändert, also Catarrh dagewesen sein. Ferner wird, wie schon oben angedeutet, grade durch die Aspiration Tubarsecret in das Uterussecret, wenn er dem-

selben noch nicht spontan beigemengt war, künstlich hineingezogen, kurz man erhält auf diese Weise kein reines Untersuchungsobject.

Dr. Fraenkel proponirt, über das normale Secret der eigentlichen Uterushöhle durch folgenden Versuch ins Klare zu kommen: Man führt nach Freilegung der portio vaginalis des gesunden Uterus mittels der Sims'schen Rinne eine recht dünne, uterussondenartig gebogene, an ihrem oberen Ende mit verdeckbaren Fenstern versehene Peaslee'sche Röhre (siehe Beigels Lehrbuch der Frauenkrankheiten. Bd. I. Fg. 137—139) in die Uterushöhle ein, öffnet jetzt erst die Fenster, um ein vorheriges Eindringen von Cervicalschleim zu verhüten, führt nun durch die Fenster einen feinen Stab, dessen oberes Ende mit Reagenzpapier beklebt ist, in die Uterushöhle direkt ein und lässt ihn daselbst einige Minuten verweilen; alsdann zieht man ihn durch die Fenster der Röhre wieder heraus. Der Stab berührte also weder bei der Ein- noch Ausführung Vagina oder Cervix, das Reagenzpapier war nur im Contact mit der Uterushöhle, in die es auch kein Secret aus den Tuben, wie die Spritze, hineinsaugen kann. Man erhält so die reine Uterusschleimreaction. Dr. Fraenkel wird seiner Zeit das Resultat einer grösseren Reihe solcher Untersuchungen veröffentlichen.

3. Der Tubarschleim wird vermuthlich mikroskopisch und chemisch dem Körperhöhlenschleim conform sein; für seine Untersuchung im normalen und pathologischen Zustande sind wir mangels einer direkten Gewinnungsmethode auf Untersuchung von Leichen angewiesen.

Alle diese Charakteristika werden jedoch durch pathologische Veränderung der Cervical- und eigentlichen Uterinalschleimhaut verwischt. Der Cervicalschleim kann bei länger bestehendem Cervicalcatarrh dünnflüssig, eiterartig werden, sauer reagiren, sein Cylinderepithel verlieren; der Uterushöhlenschleim kann ebenfalls seine chemische Constitution verändern; seine Flimmerzellen verschwinden sogar sehr bald und an ihre Stelle treten Cylinder- (nach Hildebrandt) und später polymorphe, dem Pflasterepithel sehr nahestehende Zellen. Die Beschaffenheit des Secrets allein genügt also, auch wenn man es sich aufs sorgfältigste ohne jede fremde

Beimengung zu verschaffen gewusst hat, nicht, um daraus einen untrüglichen Schluss auf den ausschliesslichen Sitz des Catarrhs (nur im Cervix, nur im Corpus) zu ziehen. Nach Hildebrandt soll die schnellste und sicherste Entscheidung über den Sitz und die Ursprungsstätte des Catarrhs immer (?) durch die Ocularinspection vermittels des Mutterspiegels zu erzielen sein. Auch das ist nicht unbedingt richtig. Wenn wir an einer virginalen portio vaginalis die Zeichen chronischer Hyperaemie, Verdickung, Verfärbung, erosiven Epithelverlust um den Muttermund finden, wenn aus der Höhle des Cervix der bekannte Tropfen glasigen, zähen, mitunter mit etwas Eiter vermischten Secrets heraushängt, so beweist uns dies nach Hildebrandt wohl, dass wir es mit einer Cervicalschleimhauterkrankung zu thun haben, aber es beweist noch nicht, dass die eigentliche Uterinal- und Tubarschleimhaut gesund sind.

Wenn wir ferner bei manchen Frauen, die über lästigen Fluor klagen, uns nur auf die Ocularinspection verlassen wollten, so würden wir leicht in einen Trugschluss gerathen; man findet nämlich nicht selten die Portio vaginalis trotz angeblich starken Abflusses wenig, soweit dem Auge sichtbar, verändert, speciell ohne Erosion und doch besteht ein Catarrh der Cervicalhöhle, nur mit der Modification, dass derselbe mehr seinen Sitz in der Portio supravaginalis hat und die im Spiegel erscheinende Portio vaginalis frei lässt.

Es ist vielmehr sowohl die chemische als mikroskopische Untersuchung für sich allein oder auch diese beiden combinirt zur Entscheidung der Frage über den Ursprung einer catarrhalischen Secretion noch nicht ausreichend. Diese Frage kann nur durch die vollständige gynaekologische Untersuchung gelöst werden, speciell durch Zuhülfenahme der Palpation, der combinirten oder bimanuellen Untersuchung oder in einzelnen allerdings wenigen Fällen der Sonden- und Pressschwamm-Untersuchung.

Es führt uns also die Specularuntersuchung nothgedrungen zur weiteren Ermittelung der objectiven Symptome. Die Palpation kann zuvörderst die Schmerzhaftigkeit des Unter-

leibes feststellen. Schmerzen können, wie dies oben in der subjectiven Symptomatologie ausgeführt war, bei der chronischen Metritis jeder Form permanent bestehen oder sie werden nur zeitweise durch gewisse Bewegungen oder Positionen der Patientinnen ausgelöst oder sie werden endlich durch die palpirende Hand des Untersuchers entweder hervorgerufen oder verstärkt. Druckempfindlichkeit dicht oberhalb der Symphyse in der Mittellinie des Abdomen lässt auf eine Betheiligung des Corpus uteri schliessen; jedoch kann bei seitlichen angeborenen oder erworbenen Deviationen des Organs Schmerzhaftigkeit in den sogenannten parametranen Gegenden von dem dort angelötheten, vergrösserten und chronisch entzündeten Uteruskörper herrühren. Hierüber wird die bimanuelle Untersuchung am besten Aufschluss geben. Fühlt man bei sonst für die Palpation günstigen Bedingungen (schlaffen, fettlosen, wenig gespannten Bauchdecken und Abwesenheit von Tympanites) den Uterusgrund mehr oder weniger erheblich die Symphyse überragend, so ist dies natürlich ein Zeichen von der Betheiligung des Körpers und Grundes der Gebärmutter an dem chronisch entzündlichen Processe. Die bedeutendsten Vergrösserungen des sonst normal gelagerten Uterus kommen der Subinvolution zu jener (nach Cohnheim) progressiven Ernährungsstörung auf Grund verringerten Verbrauchs.

Dr. Fraenkel sah in einem Fall von hochgradiger Subinvolution mit starker Menorrhagie und Hypersecretion der Schleimhaut noch 1 Jahr nach der Entbindung die Uterushöhle auf 12 cm verlängert und entsprechend erweitert. Grade in solchen Fällen aber ist die Palpation allein nicht immer im Stande, die Vergrösserung des Uterus nachzuweisen, da sein Parenchym durch die Ernährungsstörung so schlaff ist, dass es durch die gewöhnlich noch hypertrophirten Bauchdecken nicht durchgefühlt werden kann. Selbst die bimanuelle Untersuchung führt hier manchmal nur schwer zum Ziele und muss dann durch die Sondenuntersuchung unterstützt werden. Nach der Palpation thut man gut, zuerst die Digitaluntersuchung allein und alsdann dieselbe mit der Palpation combinirt als bimanuelle Untersuchung vorzunehmen. Hier erlangen wir die werthvollsten Aufschlüsse über die Betheiligung der einzelnen

Uterinalabschnitte. Die Affectionen der Schleimhaut des Uterus zeichnen sich mehr durch einen negativen Befund aus, d. h. dadurch, dass wir sowohl Cervix wie Corpus ihrer Consistenz, Form, Lage und Empfindlichkeit nach unverändert fühlen und daraus bei sonst bestehender uterinaler Hypersecretion, gestützt auf die Specularuntersuchung und die anderen subjectiven Symptome, den Schluss auf Betheiligung der Mucosa allein ziehen dürfen. Allerdings bleiben bei irgend wie intensiveren und länger bestehendem Schleimhautcatarrh fühlbare Veränderungen nie aus. Es kommt zu Hypertrophien auf entzündlicher Basis (Cohnheim) und zwar gewöhnlich zuerst zu einer Massenzunahme der bindegewebigen Grundlage der Schleimhaut, später auch der Muscularis. Bei Nulliparen fühlt man bei reinem noch nicht lange bestehenden Cervicalcatarrh gewöhnlich die Form der Vaginalportion unverändert. Ebenso ist die Empfindlichkeit bei Bewegungen derselben meist nicht vermehrt, die Muttermundslippen fühlen sich etwas gelockert und gewulstet an und einem feinen Gefühl wird es vielleicht gelingen, um den äussern Muttermund herum Rauhigkeiten in Folge von Erosionen oder Geschwüren daselbst zu entdecken. Bisweilen fühlt man und sieht man auch mit dem Spiegel an der portio keinerlei Veränderung, wodurch die profuse Leukorrhoe erklärt werden könnte. Der Fall ist dann einfach der einer cervicalen Endometritis, welche die oberen Parthien des Canals ergriffen hat, ohne sich auf den Muttermund und den unteren Abschnitt des Mutterhalses auszubreiten oder die Schleimhauterkrankung ist corporeal und gar nicht cervical.

Ob die Schleimhauterkrankung nur den Cervix ergriffen hat oder auch die eigentliche Uterushöhlen- und (was seltener) die Tubarschleimhaut, kann bei verhältnissmässig frischen Catarrhen vielleicht durch die oben geschilderten Verschiedenheiten der Secrete entschieden werden. In älteren Fällen ist dies nicht mehr möglich; alsdann ist ein Symptom, auf welches Bennet zuerst aufmerksam gemacht, von Werth, nämlich der grössere oder geringere Widerstand, den die Uterussonde am inneren Muttermunde findet. Wenn nämlich ein länger bestanden habender Cervicalcatarrh auch die Körperhöhlenschleimhaut ergriffen hat, so fehlt in der Regel der normale Widerstand

am os internum und die Sonde gleitet auffallend weit in die Uterushöhle hinein. Bisweilen lässt aber auch dieses physikalische Zeichen im Stiche und man ist dann rein darauf angewiesen, ex juvantibus und nocentibus einen Schluss auf den Sitz des Catarrhs zu ziehen. Wenn ein Cervicalkatarrh bei sorgfältigem Verhalten der Kranken und trotz Erfüllung der allgemeinen und localen Symptome nicht heilt, so ist man berechtigt, mangels anderer Symptome anzunehmen, dass die Quelle der Hypersecretion höher als im Cervix, in der eigentlichen Uterushöhle sitzt, und wenn nun trotz Anwendung aller gegen die corporeale und cervicale Endometritis zu Gebote stehenden Mittel der Catarrh immer noch renitent ist, so muss man an eine bis jetzt diagnostisch und therapeutisch schwer erreichbare Ursprungsstelle desselben, an die Tubenschleimhaut, denken. Denn ein Tubencatarrh kann weder durch die Art des producirten Secrets, noch durch Inspection, noch Palpation diagnosticirt werden, höchstens könnten stossweise Entleerungen sehr dünnen, dem eigentlichen Uterusschleim ähnelnden Secrets unter gleichzeitig auftretenden ziehenden Schmerzen in der Tubar- resp. Ovarialgegend den Verdacht auf einen Tubenkatarrh erwecken, wie auch andererseits periodische Entleerungen dünnflüssigen Schleims unter wehenartigen, vom Kreuz nach den Inguinalgegenden und der Symphyse ziehenden Schmerzen, auf eine Endometritis corporealis mit zeitweiser Retention des Secrets schliessen lassen.

Bei Frauen, die schon geboren haben, bietet der blosse Cervicalcatarrh alle die geschilderten Befunde, verbunden mit den mehr oder weniger starken Residuen der durchgemachten Entbindungen resp. Aborte. Hier fühlt also der touchirende Finger an der cylindrischen Vaginalportion den breitquerspaltigen äusseren Muttermund, die Lippen leicht ektropionirt; das Orificium externum klafft gewöhnlich bei Catarrh stärker, die den Canal auskleidende Schleimhaut fühlt sich gewulstet, sammetartig an, prominirt manchmal in hahnenkammähnlichen Falten in das lumen der Cervicalhöhle; der äussere Ueberzug der Vaginalportion ist durch Erosionen und Geschwüre mehr oder weniger rauh und körnig anzufühlen, bietet Prominenzen, die Ovula Nabothi, und in sehr seltenen Fällen hahnenkamm-

artige Erhabenheiten, die von der Vaginalwand direkt auf eine Muttermundslippe übergehen können (Veit und Ruge, l. c.). Auch hier wird, wenn der Katarrh die Grenzen nach oben überschreitet, der Widerstand am innern Muttermunde für die Sonde verringert sein.

Wie schon oben angedeutet, dauert es gewöhnlich nur kurze Zeit, bis zur Endocervicitis catarrhalis durch Mitbetheiligung des Bindegewebes, der Submucosa und bald auch der Muscularis eine chronische parenchymatöse Cervicitis hinzutritt. Die Befunde bei letzterer sind verschieden, je nachdem man es mit Nulliparis oder Frauen, die schon geboren haben, zu thun hat. Wir constatiren zuvörderst, dass wir uns nicht durchgängig von der Richtigkeit der Scanzoni'schen Behauptung (l. c. p. 58), dass im ersten Stadium der chronischen Cervicitis und in recenteren Fällen die Vaginalportion sich gewöhnlich kleiner anfühle, während sie bei älteren Anschwellungen im Stadium der Induration in einzelnen oder allen Dimensionen wesentlich vergrössert sein soll, überzeugen konnten. Es ist wohl richtig, dass bei Dislocationen, speciell Senkungen des Uterus, die portio vaginalis und noch mehr die portio supravaginalis eine Volumszunahme erfährt, aber diese letztere ist vielmehr dem mechanischen Zuge der vorgefallenen Scheide an dem Uterushalse, als der chronischen Entzündung zuzuschreiben. Im Allgemeinen scheint uns eher der Satz zu gelten, dass im Beginn der chronischen Metritis Hypertrophie der Vaginalportion, in dem Endstadium narbige Schrumpfung derselben sich findet. Die Consistenz bietet ein wesentliches diagnostisches Hülfsmittel sowohl zur Unterscheidung frischerer Fälle, in denen sich die Vaginalportion weicher, von älteren, wo sie sich narbig, oft knorpelhart anfühlt, als auch in solchen Fällen, wo — besonders im klimakterischen Alter — ein Zweifel entsteht, ob man es mit einer chronischen hyperplastischen Cervicitis oder mit beginnender carcinomatöser Infiltration der Portio vaginalis zu thun hat. Wir geben zu, dass in sehr vereinzelten Fällen das Spiegelberg'sche klinische Criterium des beginnenden Krebses, nämlich die eigenthümliche Härte, die das erkrankte Gewebe dem untersuchenden Finger darbieten soll, und die Unverschieblichkeit der Schleimhaut, wie Ruge

und Veit dies behaupten, nicht zutreffend sein kann, aber in solchen Fällen, z. B. bei abnorm weicher, krebsig degenerirter Vaginalportion, werden andere sichere Zeichen für das Carcinom nicht fehlen; es ist ferner kein Beweis für die Unrichtigkeit der Spiegelberg'schen Ausführung, dass Veit-Ruge grade bei exquisitem Krebs die Schleimhaut verschieblich fühlten; es handelt sich in den Spiegelberg'schen Ausführungen eben um noch nicht exquisiten, noch nicht ulcerirten Krebs. Und was endlich die Veit-Ruge'sche Bemerkung anbetrifft, dass sie keinen ihrer Fälle für geeignet gehalten haben, ihn behufs Festsetzung ob Carcinom oder nicht «der Gefahr des Pressschwamms» auszusetzen, so erscheint uns ein solches aprioristisches Urtheil gegen ein vielfach praktisch und klinisch erprobtes diagnostisches Criterium zum mindesten etwas voreilig. Denn war es nur chronisch-hyperplastische Cervicitis, dann bringt der Pressschwamm keine Gefahr; die quellende Wirkung desselben gleicht durch die von ihr hervorgerufene Fluxion und seröse Transsudation den Erscheinungen, wie wir sie in der Eröffnungsperiode der Geburt bei der Cannalisation des Mutterhalses vorfinden. Die Portio vaginalis wird durch den Pressschwamm, wenn sie nicht carcinomatös ist, wirklich butterweich, leistet sie hingegen einem Pressschwamm aus gutem Material und mit gehöriger Quellungszeit (12 Stunden) in der Erweichung hartnäckigen Widerstand, so spricht dies eben für eine maligne Einlagerung in das Cervicalgewebe. Andere, z. B. fibröse oder fibromyomatöse Einlagerungen leisten diesen hartnäckigen Widerstand nicht, da sie ja histologisch dem Uterusgewebe conform sind. Man vergleiche hiermit wiederum das Verhältniss bei Geburten, die durch pathologische Einlagerungen in das untere Uterinsegment complicirt sind: ein Carcinom des Collum uteri bleibt trotz der organischen Lockerung aller umgebenden Gewebe in der Eröffnungsperiode starr und hart; z. B. Myome der Muttermundslippen dagegen zeigen bei weitem nicht diese Rigidität, sie verzögern wohl die Geburtsdauer, aber sie erweichen und dehnen sich mit der Zeit doch, während die Carcinome ein oft unüberwindliches Geburtshinderniss bleiben oder einreissen, aber nicht nachgeben.

In Bezug auf die verschiedenen Formen der Vaginalportion bei der chronischen parenchymatösen Cervicitis verweisen wir auf die Ausführungen von Scanzoni (§ 25), Graily Hewitt und Hildebrandt und bemerken nur, dass bei sterilen Frauen und Mädchen die oben dickkolbige, unten spitz zulaufende Form, bei Frauen, die geboren haben, die mehr cylindrische, unten oft breiter als oben, oft ektropionirte Vaginalportion den häufigsten Befund darstellt. Von grossem diagnostischen Belange ist das Verhalten der Vaginalportion bei Bewegungen durch den touchirenden Finger; legt man denselben hinter die Vaginalportion und hebelt sie nach vorn, so wird bei chronischer parenchymatöser Cervicitis stets ein schmerzhaftes Gefühl, von der Symphyse nach dem Kreuz zu ziehend, durch Spannung der ligamenta sacro-uterina und der in ihnen enthaltenen Mm. retractores uteri (Luschka) entstehen. Die Muskelfasern der Retractores entspringen grösstentheils aus der Musculatur der Portio vaginalis und supravaginalis; Entzündungen der letzteren theilen sich ihnen bald mit, und so ist Schmerz bei der Locomotion des Cervix ein nie fehlendes Zeichen seiner parenchymatösen chronischen Entzündung. Dass der Cervix allein und nicht auch der Uteruskörper betheiligt ist, lässt sich häufig genug nachweisen, und zwar öfters in solchen Fällen, wo das Puerperium das ätiologische Moment abgab, als bei Nulliparis. Wenn bei letzteren nicht grade Trauma (z. B. Masturbation) eine isolirte parenchymatöse Erkrankung hervorruft, so ist die Erkrankung des ganzen Uterus viel häufiger, bei geboren habenden ist hinwiederum die Erkrankung nur des Cervix das häufigere. Warum? liegt auf der Hand. Bei Geburten trifft das Haupttrauma den Cervix, bei Nulliparis sind es meist allgemeine Verhältnisse, Kreislaufstörung etc., die die chronische parenchymatöse Uterusentzündung bedingen und die natürlich in gleicher Weise auf den Körper wie auf den Cervix einwirken. Dass der Uteruskörper mit erkrankt ist, zeigt am besten eine genaue bimanuelle Untersuchung; wenn man sich überzeugt, dass der fundus uteri von normaler Gestalt und Grösse, sowie frei von Empfindlichkeit ist, so kann man ihn für gesund und nicht betheiligt erklären, ohne wie Gaillard Thomas (l. c.

p. 212) erst die Sonde zum Nachweis der Vergrösserung der Gebärmutter und ihrer vermehrten Schmerzempfindlichkeit durch Schlagen anzuwenden. Dieses Mittel ist gefährlich und leistet nicht mehr als die combinirte Untersuchung, vielleicht ausgenommen seltene Fälle von Fettleibigkeit, wo die bimanuelle Exploration nicht möglich ist.

Die chronische Entzündung des Uteruskörpers ist isolirt sehr selten. Das Fehlen einer Submucosa am Uteruskörper bedingt das rasche Uebergreifen chronisch-entzündlicher Processe von der Schleimhaut auf die Muskulatur und vice versa. Auch die sogenannte Subinvolutio uteri, keine Entzündung, sondern eine progressive Ernährungsstörung auf Grund verringerten Verbrauchs, betrifft gleichmässig die Mucosa und das Parenchym. Bei der Subinvolutio findet man das Uterusgewebe weich, schlaff, teigig, nicht empfindlich, den Uterus bei sonst platter Form vergrössert, seine Höhle erweitert, abnorm beweglich, durch bimanuellen Druck leicht in jede Lage zu bringen, wenn in der Lage verändert, meist retroflectirt, mit oder ohne Seitwärtsbeugung, aus dieser Retroflexion leicht reponibel, und eben so rasch nach Wegfall des reponirenden Agens in seine frühere abnorme Lage zurückkehrend, oft auch descendirt, in seinen Adnexis, Serosa, Parametrien und Ovarien meist unverändert und unempfindlich. Im Gegensatz hierzu findet man den wirklich chronisch-entzündeten, engoûirten Uteruskörper im Beginn des Processes wohl vergrössert, aber nicht so erheblich, wie bei der Subinvolution, mehr verdickt, ohne Verlängerung der Höhle, dieselbe ist sogar oft enger, der Uterus im Beginn noch weich, sehr empfindlich gegen combinirten Händedruck, seltener verlagert, wenn aber doch, dann eben so häufig in spitzwinkeliger oft fixirter Anteflexion (wirkliche pathologische Anteflexion nach B. S. Schultze) als Retroflexion, schwer und nur unter grossen Schmerzen beweglich, seine Dislocationen schwer oder gar nicht reponibel, die Adnexa sehr häufig betheiligt und höchst empfindlich. Im zweiten Stadium, im Endstadium der parenchymatösen Uteruskörperentzündung, fühlt man den Uteruskörper nicht mehr geschwellt, eher klein, von harter Consistenz, häufiger vertirt als flectirt, dabei höchst empfindlich, sehr schwer und nur

unter grossen Schmerzen beweglich. Uebergänge zwischen diesen beiden Formen kommen natürlich vor, z. B. wenn ein Uterus im Puerperium von einer acuten Metritis und Perimetritis befallen worden ist, die consecutiv seine Involution aufhalten; man findet dann eine Mischform von Subinvolution und Engoûment; sehr grossen, dicken, teigigen, aber dabei doch empfindlichen und, wenn flectirt, wegen dieser Empfindlichkeit schwer reponiblen Uterus. Die Differenzialdiagnose der chronischen corporealen Metritis von der Endometritis war schon oben erwähnt. Kleine Neoplasmen, namentlich fibröse Geschwülste können uns bisweilen durch die eigenthümliche Aehnlichkeit ihrer Entwickelung irre führen, da sie ebenfalls Vergrösserung der Gebärmutter, Leukorrhoe mit Blut untermischt etc. verursachen. Die bimanuelle Untersuchung, in zweifelhaften Fällen die Uterussonde, Pressschwamm und die länger fortgesetzte klinische Beobachtung, verschaffen bald Aufklärung. Die Perimetritis kennzeichnet sich durch ihre hervorragende Schmerzhaftigkeit und auffallende Behinderung der Beweglichkeit des Uterus. Die Sonde darf bei dem geringsten Verdacht auf entzündliche Affectionen der Serosa überhaupt nicht angewandt werden. Die Unterscheidung der chronischen corporealen Metritis von Schwangerschaft ist von Scanzoni (§ 60) genügend ausführlich besprochen. Gewiss anzuerkennen ist es, wenn ein Meister in der gynäkologischen Untersuchung wie dieser, erklärt, dass in den Fällen, wo sich zu einer bereits längere Zeit bestehenden chronischen Metritis Schwangerschaft hinzugesellt, in den ersten Wochen ein bestimmtes Urtheil zu fällen oft nicht möglich ist. Vom Ende des dritten Monats an sind allerdings sichere Schwangerschaftszeichen genug vorhanden, um vor einer Verwechselung mit chronischer Metritis zu schützen.

Bei allen den eben besprochenen Zuständen handelt es sich um eine durch die bimanuelle oder Sondenuntersuchung zu ermittelnde mehr oder weniger gleichmässige Vergrösserung des Uteruskörpers als Folge und Ausdruck der chronischen Metritis corporealis parenchymatosa. In allerdings viel seltenern Fällen findet man als Product einer abgelaufenen chronischen Metritis auch eine Verkleinerung des Körpers,

gewöhnlich nach starken acuten Entzündungen, die im Wochenbett oder auch ausserhalb desselben (z. B. durch übermässig starke galvanokaustische Aetzung) den Uteruskörper getroffen haben. Es ist dies die sogenannte Hyperinvolutio uteri, bei der wir das Organ klein, hochstehend im Becken, abnorm beweglich, die Höhle verengert und die Empfindlichkeit vermehrt finden. Dabei besteht absolute Amenorrhoe oder Menstruatio parva. Zu unterscheiden ist diese Endform der chronischen Metritis vom infantilen Uterus durch den ganzen, meist kindlichen Habitus der mit letzterem behafteten Individuen, die auch meist chlorotisch sind, durch den Umstand, dass bei Uterus infantilis stets Amenorrhoe bestanden hat, bei Hyperinvolutio dagegen erst seit dem Moment der acuten Entzündung, ferner durch die Unempfindlichkeit des Organs und die sehr kleine, kindlich geformte Vaginalportion bei Uterus infantilis, während bei Hyperinvolutio die portio entweder gar nicht ergriffen, oder wenn betheiligt, schon durch ihre harte narbige Consistenz ihr Hervorgehen aus einem entzündlichen Processe anzeigt. Die degenerativen Processe, z. B. acute Verfettung nach Phosphorvergiftung oder nach schwerem Typhus, welche den Uterus betreffen, befallen ihn in seiner Totalität. Bei bimanueller Untersuchung findet man ihn auffallend schlaff, atrophisch, seine Wände sehr dünn, wenig oder gar nicht empfindlich, aber zum Unterschiede vom hyperinvolvirten Uterus, mit dem dieser Zustand die Amenorrhoe gemein hat, keine Verkürzung der Längsdimension; endlich kann man durch die bimanuelle Untersuchung einen ballonartig ausgedehnten und dabei doch sehr dünnen atrophischen Uterus vorfinden. Es findet sich dies einmal bei eitrigem Catarrh der Gebärmutterhöhle, bei alten Frauen durch senile unvollkommene Atrophie des Halskanals und seines inneren Ostium, mit theilweiser Retention des Secrets (Spiegelberg), andererseits bei jüngeren Individuen durch aus Geschwüren entstandene narbige Stenosen am äusseren Muttermund (Hildebrandt); allemal kann man also aus einer solchen atrophischen Dehnung des Uteruskörpers durch rückgestautes Sekret auf einen Körperhöhlencatarrh und eine Stenose im Verlaufe des Cervicalkanals schliessen.

Fasst man alles hier Gesagte kurz zusammen, so geht daraus hervor, dass allerdings die Symptomatologie allein, und noch weniger die Aetiologie für sich, im einzelnen Falle nicht im Stande ist, die Annahme einer chronisch-entzündlichen Erkrankung eines einzelnen Organabschnitts oder einer isolirten Gewebsschicht des Uterus zu motiviren, **dass aber die Combination aller pathogenetischen Momente und des gesammten Symptomencomplexes incl. der Resultate der am schwersten wiegenden physikalischen Untersuchung vollständig ausreichen,** um uns über die Art der Betheiligung der einzelnen Abschnitte und Schichten der Gebärmutter aufzuklären.

Lebenslauf.

Verfasser, geboren den 17. Februar 1852 zu Reifenhausen (Hannover), katholischer Confession, besuchte 9 Jahre das Königl. katholische Gymnasium zu Heiligenstadt, welches er im Herbst 1873 mit dem Maturitätszeugnisse verliess. In demselben Jahre wurde er bei der medicinischen Fakultät der Universität Würzburg immatriculirt, genügte im Winter 1875/76 seiner Militärpflicht beim 9. Königl. bair. Infanterie-Regiment und absolvirte im Sommersemester 1876 das Tentamen physicum. Im Wintersemester 1876 bezog er die Universität Breslau und bestand im März 1878 das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen und Kliniken folgender Herren:

Würzburg: Fick, Gerhardt, Kölliker, Riedinger, Rossbach, Sachs, Wiedersheim, Wislicenus.

Breslau: Berger, Biermer, Cohnheim, Fischer, Förster, Fraenkel, Hasse, Lichtheim, Neumann, Sommerbrodt, Spiegelberg.

Allen seinen hochverehrten Lehrern spricht der Verfasser seinen aufrichtigsten Dank aus.

Thesen.

1. Die progressive Muskelatrophie und die Lipomatosis muscularis progressiva (diffusa luxurians) sind identische Krankheiten.
2. Zur Einleitung der Frühgeburt verdient die Kiwisch'sche Douche mit nachfolgendem Pressschwamm vor allen andern Methoden den Vorzug.
3. Der bisherige Usus, der Inaugural-Dissertation noch Thesen anzufügen, ist aufzugeben.